RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1835/2021 **ATAS/622/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2022

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par ASSUAS - Association suisse des assurés	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 5 juin 2018, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1959, de nationalité suisse depuis le 18 décembre 2012, a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison de deux hernies discales L5-L2 et d'une hernie cervicale, atteintes entraînant une incapacité de travail depuis le mois de mars 2014.

b. Après avoir récolté plusieurs pièces, à savoir deux extraits du compte individuel de l'assuré, un rapport du docteur B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, daté du 27 février 2014, un compte-rendu d'IRM cervicale, daté du 25 février 2014, deux rapports du docteur C_____, médecin généraliste, datés des 28 février 2014 et 14 juin 2018, une attestation des Nations Unies du 15 mars 2016, dont il ressort qu'une pension d'invalidité viagère était versée à l'assuré depuis le 12 septembre 2014, l'OAI a mandaté le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour une expertise orthopédique. Selon le rapport de ce médecin, daté du 18 janvier 2021, les diagnostics étaient ceux de canal lombaire étroit sévère sur spondylodiscarthrose dégénérative L3 à L5 associé à un canal lombaire étroit constitutionnel, cervicodiscrthrose pluriétagée principalement en C5-C6 et C6-C7 sur ou sans conflit disco-radiculaire et déchirure du ménisque interne au genou droit avec chondropathie fémoro-tibiale interne (avec répercussion sur la capacité de travail) ainsi que status après probable luxation du coude gauche opéré en 1976 (sans répercussion sur la capacité de travail). En raison de ces atteintes, la capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité habituelle dans la sécurité mais entière dans une activité adaptée, autorisant l'alternance des positions assise, debout et la marche sur de courtes distance, ne nécessitant pas le port de charges lourdes de plus de 5 à 10 kg, ne nécessitant pas de position en flexion ni extension de la nuque, ni de travail les bras en position au-dessus du plan des épaules, ni en position de porte à faux du rachis, ni en position à genoux ou accroupi et ne requérant pas non plus de mouvement répétitif de flexion/extension et de rotation du dos.

B. Par projet de décision du 8 février 2021, confirmé le 17 mai 2021 malgré l'opposition de l'assuré, l'OAI a rejeté la demande de prestations, faute d'invalidité. En effet, dans la mesure où l'assuré n'avait plus exercé d'activité depuis de nombreuses années pour des raisons indépendantes de ses atteintes, l'OAI partait de la présomption que de tout manière, l'assuré aurait exercé une activité adaptée.

C. **a.** Par courrier du 20 mai 2020, l'assuré a contesté la décision précitée auprès de l'OAI.

b. Ce courrier a été considéré par l'office précité comme un recours et a été transmis à la Chambre de céans comme objet de sa compétence.

c. Invité à compléter son recours, l'assuré a expliqué, en date du 7 juin 2021, que son état de santé s'était détérioré, comme cela ressortait de l'IRM qu'il avait dû payer, et dont il concluait à la prise en charge.

d. L'OAI a répondu en date du 6 juillet 2021 et a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée, considérant, par substitution de motifs, que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies lors de la survenance de l'invalidité.

e. Sous la plume de son conseil, nouvellement constitué, le recourant a formellement conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 17 mai 2021, et cela fait, à la constatation de son droit aux prestations d'invalidité, notamment à une rente et au remboursement des frais dépensés pour les examens complémentaires effectués. Un délai pour compléter le recours était également demandé.

f. Le 23 août 2021, le recourant, toujours sous la plume de son conseil, a encore conclu à un complément d'instruction sur le plan rhumatologique, en ordonnant, si nécessaire, une expertise. Sur le fond, il a notamment contesté la valeur probante de l'expertise du Dr D_____, considérant que son rapport du 18 janvier 2021 comprenait des contradictions et lacunes, certaines de ses atteintes n'ayant pas été décrites. De plus, le recourant contestait la spécialité retenue, estimant que l'avis d'un rhumatologue aurait dû être demandé. Enfin, aucune activité adaptée n'avait été proposée par l'OAI.

g. Par courrier du 13 septembre 2021, l'intimé a persisté dans ses précédentes conclusions tendant au rejet du recours, maintenant que les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées lors de la survenance de l'invalidité.

h. Le 13 octobre 2021, le recourant a transmis à la Chambre de céans un rapport du docteur E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du 1er octobre 2021, dont il ressort qu'il présentait une incapacité de travail totale quelle que soit l'activité retenue. Il a par ailleurs expliqué avoir des difficultés à comprendre sur quel document l'intimé se basait pour considérer que les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées.

i. Le 22 février 2022, le recourant a, une nouvelle fois, conclu à la prise en charge des frais médicaux rendus nécessaires par les lacunes dans l'instruction de sa demande de prestations.

j. A la demande de la Chambre de céans, l'office cantonal des assurances sociales (ci-après : OCAS) a transmis l'extrait du compte individuel du recourant, extrait dont il ressort qu'elle est assurée depuis octobre 2014 en tant que personne sans activité lucrative.

k. Le document précité a été soumis aux parties avec un délai au 13 juin 2022 pour d'éventuelles observations.

Alors que le recourant n'a pas réagi, l'intimé a persisté dans ses précédentes conclusions par courrier du 3 mai 2022.

l. L'extrait transmis par l'OCAS concernait le recourant et non son épouse.

La Chambre de céans a donc redemandé l'extrait du compte individuel de l'épouse du recourant par courrier du 24 mai 2022.

m. Le 26 mai 2022, l'OCAS a encore une fois transmis l'extrait du compte individuel du recourant et non de son épouse.

La Chambre de céans a donc appelé l'OCAS, en date du 30 mai 2022, pour lui demander l'extrait du compte individuel de l'épouse du recourant.

n. Par courriel du 30 mai 2022, l'OCAS a finalement transmis l'extrait demandé dont il ressort que l'épouse est assurée depuis le même mois que le recourant. Cet extrait a été soumis aux parties.

Alors que l'intimé n'a pas réagi, le recourant a persisté dans ses précédentes conclusions par courrier du 13 juin 2022.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

3. Par ailleurs, le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références).

En l'occurrence, la décision querellée, datée du 17 mai 2021, a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 (ci-après : aLAI et aRAI lorsque la disposition en question a été modifiée).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B LPA) et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente ordinaire de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la réalisation des conditions d'assurance et la valeur probante du rapport du Dr D_____ du 18 janvier 2021.

6. **6.1.** Selon l'art. 36 al. 1 LAI, a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

La condition de la durée minimale de cotisations doit être remplie au moment de la survenance de l'invalidité. Les périodes accomplies après ce terme n'entrent pas en ligne de compte (RCC 1959, p. 449 ; voir également ch. 4205 de la directive sur les rentes - DR).

L'art. 36 al. 2 LAI prévoit que la loi fédérale sur l'assurance vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) est applicable par analogie au calcul des rentes ordinaires.

6.2. Aux termes de l'art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 (RAVS - RS 831.101), applicable à la fixation de la durée minimale de cotisations selon les art. 36 al. 2 LAI et 32 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; ATF 125 V 255), une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS (assurance facultative) pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, soit elle a versé la cotisation minimale, soit son conjoint au sens de l'art. 3 al. 3 LAVS a versé au moins le double de la cotisation minimale (art. 29ter al. 2 let. b LAVS), soit elle peut se prévaloir de bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance (art. 29ter al. 2 let. c LAVS).

6.3.

6.3.1. A teneur de l'art. 1b LAI, sont assurées conformément à la LAI, les personnes qui sont assurées à titre obligatoire ou à titre facultatif en vertu des art. 1a et 2 LAVS.

L'art. 1 a LAVS prévoit notamment que

> [1] Sont assurés conformément à la présente loi:
>
> a. les personnes physiques domiciliées en Suisse;
>
> b. les personnes physiques qui exercent en Suisse une activité lucrative;
>
> c. (…)
>
> [1bis] (…)
>
> [2] Ne sont pas assurés:
>
> a. les ressortissants étrangers qui bénéficient de privilèges et d'immunités, conformément aux règles du droit international public ;
>
> b. (…)
>
> c. (…)
>
> [3] (…)
>
> [4] Peuvent adhérer à l'assurance:
>
> a. (…)
>
> b. les membres du personnel de nationalité suisse d'un bénéficiaire institutionnel de privilèges, d'immunités et de facilités visé à l'art. 2, al. 1, de la loi du 22 juin 2007 sur l'Etat hôte, qui ne sont pas obligatoirement assurés en Suisse en raison d'un accord conclu avec ledit bénéficiaire;
>
> c. (…)
>
> [5] (…)

L'art. 1b let. c RAVS précise que

> Sont considérés comme ressortissants étrangers bénéficiant de privilèges et d'immunités au sens de l'art. 1a, al. 2, let. a, LAVS, les personnes bénéficiaires visées à l'art. 2, al. 2, let. a, de la loi du 22 juin 2007 sur l'Etat hôte et les membres de leur famille sans activité lucrative, lorsque ces personnes bénéficiaires sont appelées en qualité officielle auprès d'une organisation intergouvernementale, d'une institution internationale, d'un secrétariat ou autre organe créé par un traité international, d'une commission indépendante, d'un tribunal international, d'un tribunal arbitral ou d'un autre organisme international au sens de la loi sur l'Etat hôte.

6.3.2. Selon les Directives sur l'assujettissement aux assurances AVS et AI (DAA), les fonctionnaires internationaux de nationalité suisse ne sont plus assurés à l'AVS/Al/APG et AC dès leur affiliation au système de prévoyance de l'organisation internationale (ch. 3056). Ils ont toutefois la possibilité d'adhérer sur une base volontaire soit à l'AVS/AI/APG/AC, soit à l'AC (ch. 3058). En revanche, les fonctionnaires internationaux étrangers ne sont pas assurés à l'AVS/Al/APG/AC et ne peuvent pas y adhérer volontairement (ch. 3068).

7. **7.1.** Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA,

est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

7.2. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b et la référence).

7.3. S'agissant du droit à une rente, le cas d'assurance est réputé survenu au moment où l'assuré présente une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), et qu'une fois le délai d'attente écoulé, l'incapacité de gain perdure à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le cas d'assurance ne peut toutefois survenir au plus tôt que le premier jour du mois qui suit le 18ème anniversaire (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité établi par l'Office fédéral des assurances sociales, dans son état au 1er janvier 2021 [CIIAI], ch. 1030 et les références). L'événement assuré n'est pas réputé survenu tant que l'assuré perçoit une indemnité journalière durant le délai d'attente (art. 18 al. 1 et 2 RAI) et pendant qu'il se soumet à des mesures de réadaptation (CIIAI, ch. 1031). La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente. L'ouverture du droit à une rente peut cependant déroger à cette règle, par ex. lors d'une demande tardive (CIIAI, ch. 1034).

La CIIAI a été abrogée et remplacée, dès le 1er janvier 2022, par la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (CIRAI).

8. **8.1.** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

8.2. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. En l'espèce, l'intimé a nié le droit du recourant à une rente d'invalidité, au motif, d'une part, que celui-ci ne remplissait pas les conditions d'assurance lors de la survenance de son invalidité et, d'autre part, qu'il n'était pas invalide, dès lors qu'il aurait de toute manière exercé une activité adaptée.

Il ressort du dossier que le recourant est incapable de travailler depuis 2014 (demande de prestations déposée le 5 juin 2018 ; rapport du Dr C_____ du 28 février 2014, attestation des Nations Unies évoquant une prestation d'invalidité depuis le 12 septembre 2014, ce qui sous-entend l'existence d'une incapacité durable antérieure). Aussi convient-il de retenir que l'invalidité du recourant, au sens de la perte de gain totale, est survenue à l'échéance du délai d'attente d'un an (art. 28 al. 1 let. b et c LAI), soit en 2015 au plus tard.

Afin de pouvoir prétendre à une rente d'invalidité, le recourant doit avoir cotisé pendant trois ans au minimum lors de la survenance de l'invalidité en 2015 au plus tard. Or, force est de constater que tel n'est pas le cas selon le compte individuel du recourant, les premières cotisations datant de 2014. En réalité, le recourant a travaillé pour l'Organisation des Nations Unies, ce qu'il ne conteste du reste pas, jusqu'à une date qui ne ressort pas du dossier. En tant que fonctionnaire international, il était dès lors exempté du système de sécurité sociale suisse. Il ne ressort pas non plus du dossier qu'il se serait affilié volontairement lorsqu'il a acquis la nationalité suisse en décembre 2012. Le recourant ne l'allègue du reste pas.

Par ailleurs, les éventualités envisagées à l'art. 29ter al. 2 let. b et c LAVS ne sont pas déterminantes. En effet, il ressort du compte individuel de son épouse que celle-ci a également commencé à cotiser à l'AVS/AI en 2014 seulement, soit en même temps que le recourant. Lors de la survenance du cas d'assurance, à l'expiration du délai d'un an, en 2015 au plus tard, l'épouse du recourant n'avait donc pas encore cotisé trois ans. Quant aux bonifications pour tâches éducatives, elles ne peuvent pas non plus être prises en considération car ni le recourant ni son

épouse n'étaient assurés conformément à la LAVS pendant trois ans lors de la survenance du cas d'assurance.

Force est ainsi de constater que la durée minimale de cotisations pour ouvrir le droit à une rente ordinaire n'était pas remplie au moment de la survenance de l'invalidité du recourant, en 2014, voire 2015 au plus tard.

En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant à une rente ordinaire.

On relèvera, à toutes fins utiles, que, dans ce cas, seule une rente extraordinaire d'invalidité peut entrer en considération, pour autant que les conditions de l'art. 42 LAVS (auquel renvoie l'art. 39 al. 1 LAI) soient remplies, ce qui n'est toutefois pas le cas du recourant. En effet, celui-ci, en travaillant pour les Nations Unies, compte une lacune d'assurance du fait de son non-assujettissement à l'AVS/AI pendant une certaine période de sa vie à compter du 1er janvier 1980 (soit dès le 1er janvier qui suit la date où il a eu 20 ans révolus [art. 3 al. 1 LAVS]). Aussi ne bénéficie-t-il pas du même nombre d'années d'assurance que les personnes de sa classe d'âge (cf. dans ce sens : ATAS/944/2018 du 17 octobre 2018 consid. 8-10).

Dans la mesure où les conditions d'assurance font défaut, une expertise s'avère inutile, de sorte que la chambre de céans y renoncera par appréciation anticipée des preuves (cf. arrêt du Tribunal fédéral 4A_206/2007 du 29 octobre 2007 consid. 5.2 non publié aux ATF 133 III 675).

10. Enfin, le recourant conclut à la prise en charge des frais médicaux nécessaires, selon lui, pour se prononcer sur son état de santé.

10.1. A teneur de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. À défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Selon le ch. 3145 de la Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI), en vigueur depuis le 1er janvier 2022 (ch. 2119 de la CPAI en vigueur du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2021), les frais des mesures d'instruction qui ont été exécutées sans un ordre exprès de l'office AI ne sont pris en charge par l'assurance-invalidité que si ces mesures étaient indispensables pour décider de l'octroi de prestations ou à l'appréciation du cas (il en va ainsi d'examens médicaux spéciaux comme les électroencéphalogrammes, les examens du sang, etc., arrêt du Tribunal fédéral 9C_764/2014 du 21 juillet 2015) ou faisaient partie intégrante de mesures de réadaptation accordées après coup (par ex. des contrôles médicaux en tant qu'élément d'une mesure médicale de réadaptation) (art. 78 al. 3 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_921/2013 du 24 février 2014, RCC 1972, p. 228).

10.2. En l'espèce, le recourant sollicite la prise en charge des frais relatifs à l'IRM de la colonne cervicale réalisée le 16 mars 2021 ainsi que les honoraires des

Drs E_____ et F_____, concernant des consultations des 8 et 15 mars 2021, vraisemblablement en lien avec cette IRM.

Force est de constater que ces examens ont été effectués sans ordre exprès de l'OAI, de sorte que leur prise en charge ne peut se faire qu'à la condition qu'ils étaient indispensables pour se prononcer sur l'octroi de prestations ou pour procéder à l'appréciation du cas. Or, dans la mesure où les conditions d'assurance ne sont pas réalisées, une instruction médicale n'était de toute évidence pas nécessaire.

Cela étant, même si les conditions d'assurance étaient données, la réalisation d'une IRM n'était pas indispensable pour que l'OAI puisse se prononcer sur le cas du recourant. En effet, l'expert mandaté par l'intimé a retenu, dans son rapport du 18 janvier 2021, une cervicodiscarthrose pluriétagée principalement en C5-C6 et C6-C7 sur ou sans conflit disco-radiculaire, ce qui rejoint les conclusions de l'IRM de la colonne cervicale réalisées le 16 mars 2021. Compte tenu de ce diagnostic, l'expert a d'ailleurs retenu des limitations fonctionnelles d'épargne du dos (alternance des positions assise, debout et marche sur de courtes distances ; pas de port de charges de plus de 5 à 10 kg ; pas de position en flexion ou extension de la nuque, pas d'activité avec les bras en position au-dessus du plan des épaules, ni en position de porte à faux du rachis, ni en position à genoux ou accroupi ; pas de mouvement répétitif de flexion/extension et rotation du dos). En d'autres termes, la mesure d'instruction dont la prise en charge par l'OAI est réclamée par le recourant portait sur une atteinte déjà retenue par l'expert dans l'appréciation de la capacité de travail du recourant.

Partant, le recourant ne saurait prétendre à la prise en charge des frais médicaux.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Le recourant, bien qu'ayant été représenté par un mandataire professionnellement qualifié, n'a pas droit à une indemnité de procédure dans la mesure où elle succombe (art. 61 let. g LPGA a contrario).

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le